様式第10号（第12条関係）

請　　求　　書

金　　**１８２，１６０**　円

**↓交付確定通知書の日付、文書番号を記入してください。**

　　ただし、　　　　年　月　日付け　　　第　　　号により補助金の交付確定を受けた結核健康診断費補助金として、上記のとおり請求します。

**請求日は交付確定通知後の日付です→**　　　　年　　月　　日

所在地　静岡市○○区○○町○丁目○番○号

請求者 名　称　学校法人　○○

　　　代表者氏名　理事長　△△　△△

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関 | 銀　　行  ○○　　信用金庫　　××　　店  　　　　　　農　　協 | 種　　別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | №１２３４５６ |
| 口座名義 | ｶﾞｸ）○○　ﾘｼﾞﾁﾖｳ　△△　△△  学校法人　○○　理事長　△△　△△ | | |

**↑口座名義が代表者と異なる場合は、代理受領委任状が必要となります。**